

## セカンドオピニオン外来 相談同意書

水戸赤十字病院

院長 野澤 英雄 様

私は、本同意書を持参しました相談者に対して、貴院担当医師が私の疾患についての診断および治療内容、今後の見通し等につきまして、意見や診断を受けることについて同意いたします。

令和 年 月 日

生年月日（ 大正・昭和・平成・令和 ） 年 月 日生

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

相談者氏名 \_\_\_\_\_ 印

患者との続柄（ \_\_\_\_\_ ）

※ご本人の場合は続柄記入不要です。

水戸赤十字病院